TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Edmond DELORME

Médecin principal de l'armée,
Professeur à l'École d'application de Médecine
et de Pharmacie militaires.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1894

TITRES

Élève de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1866.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1871.

Médecin principal de l'armée.

Professeur agrégé de l'École d'Application de Médecine et de Pharmacie militaires (Val-de-Grâce, Concours de 1877).

Professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre à l'École d'Application du Val-de-Grâce, 1887.

Membre titulaire de la Société de Chirurgie.

DISTINCTIONS

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Officier d'Académie.

Prix de Chirurgie militaire, 1885.

Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Barbier, 1881).

Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Laborie, 1892).

Lauréat de l'Institut (Prix Montyon de Médecine et de Chirurgie, 1893).

ENSEIGNEMENT

Conférences et exercices de Médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce, de 1877 à 1881.

Conférences pratiques d'Ophtalmoscopie à la même École, 1877-1878.

Cours de Médecine opératoire, 1879.

Cours de Blessures de guerre, 1887-1894.

Cours de Clinique chirurgicale, 1887-1894.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. *Essais ophtalmoscopiques.*

(Thèse de Doctorat, Paris, 1871, et *Journal d'Ophtalmoscopie* de Galezowski, 1872.)

Dans ce travail M. Delorme décrit et figure, d'après ses recherches personnelles, les vaisseaux de la *macula lutea*. Jusqu'alors, les anatomistes avaient admis que la région maculaire était dépourvue de vaisseaux; il résulte, au contraire, de ses constatations, de visu, sur l'œil vivant, que cette région est très riche en ramuscules artériels et veineux. Ce fait aujourd'hui n'est plus contesté.

Examen de l'œil après la mort.

Bouchut avait, peu de temps auparavant, attiré l'attention sur les modifications importantes que le fond de l'œil subit après la mort et il avait cherché à en tirer des signes diagnostiques de valeur. Les recherches de M. Delorme confirment en partie celles de l'éminent médecin. Ayant eu l'occasion toute fortuite d'examiner le fond de l'œil pendant une syncope, il montre les différences qui existent dans son aspect pendant cette sorte d'arrêt vital momentané et incomplet et dans l'arrêt définitif. Dès les premiers instants de la mort, le fond de l'œil prend un aspect caractéristique.

Tuberculose de la Choroïde.

Par quelques observations, M. Delorme montre le parti qu'on peut

tirer de l'examen de l'œil pour le diagnostic de la tuberculose miliaire aiguë qu'on confond parfois avec la fièvre typhoïde.

2. Relation chirurgicale de l'explosion du Mont-Valérien.

(In *Recueil de Mémoires de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1877.)

Description de nombreux traumatismes par éclats d'obus et de brûlures par la poudre.

3. Des anévrismes de la pédieuse.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1878.)

Première monographie consacrée à cette question. M. Delorme réunit 13 cas de ces anévrismes; il en précise le diagnostic, le pronostic et le traitement. Ses observations ont été reprises dans la *Thèse du Docteur Toussaint* (Paris, 1878) qu'il a inspirée.

4. De la désarticulation du genou.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1878.)

Article critique : M. Delorme appelle l'attention sur cette opération délaissée. Il montre que les accidents suppuratifs graves qui en étaient autrefois la suite presque fatale étaient la conséquence du traitement post-opératoire suivi. Sous des pansements antiseptiques, la léthalité si élevée de cette opération doit être singulièrement amoindrie et les avantages si grands du moignon du désarticulé sur celui de l'amputé de cuisse subsistent seuls. Cet article a servi de thème à la thèse de M. Durieu : *De la désarticulation du genou* (Paris, 1885).

5. Manuel technique du brancardier militaire.

(Paris, Dumaine, 1880.)

6. Revue militaire de Médecine et de Chirurgie.

(Fondée et dirigée par le Dr Delorme, médecin-major, Professeur agrégé du Val-de-Grâce.)

Cette Revue dont l'apparition précéda la réorganisation de la médecine militaire avait pour but, au moment où les obligations de cette dernière allaient considérablement s'étendre, de tenir les médecins de l'armée au courant des progrès réalisés à l'étranger, dans la médecine, la chirurgie d'armée et l'administration sanitaire, et de traiter, dans des articles de fond, les questions à l'étude. Ce journal, fondé avec le concours absolument gracieux de nombreux et actifs collaborateurs, a vu sa publication trop brusquement interrompue par les exigences de l'Éditeur. M. Delorme a pris une part très active à sa Rédaction. Y ont pris place comme articles personnels :

7. Résection articulaire en chirurgie d'armée.

Article de revision et de critique sur l'une des questions alors des plus controversées de la Chirurgie d'armée. L'auteur base ses appréciations sur les résultats de la pratique des chirurgiens américains et allemands et démontre que ces opérations ne sont qu'en partie passibles des reproches qu'on leur a adressés.

8. Sur les types de fractures des diaphyses par les balles actuelles.

Premier exposé des résultats des patientes et originales recherches de l'auteur sur un des sujets les plus vastes et des plus mal précisés de la chirurgie de guerre. A la dénomination banale de fractures esquilleuses, à une description clinique écourtée, insuffisante, à des règles d'interventions incertaines, M. Delorme substitue des groupes naturels qu'il distingue en s'appuyant sur des caractères cliniques et anatomo-pathologiques fondamentaux. Il établit, pour chacun, des modes d'interventions différents et précis et un pronostic moins incertain.

C'est en utilisant, pendant plusieurs années, la méthode expérimentale que l'auteur a pu déterminer ces types. Ce n'était guère d'ailleurs

qu'en suivant cette voie qu'il pouvait atteindre le but. En effet les pièces recueillies sur des blessés tirés à toutes distances présentent des dispositifs si variés qu'ils ne peuvent que déconcerter le chirurgien et l'écarter d'une étude synthétique; d'un autre côté, la perte d'esquilles propulsées hors du membre par des projectiles animés de grandes vitesses, l'ablation habituelle de nombre d'autres pratiquée par les chirurgiens qui, successivement, ont été appelés à donner des soins au blessé, les modifications si profondes qu'apportent au type de la fracture les processus curatifs et pathologiques, enfin le peu de temps qu'on peut consacrer à de semblables études pendant la durée d'une campagne, ne pouvaient guère permettre d'étudier ces fractures comme sur des pièces fraîches, nombreuses, faites en séries et produites dans les conditions les plus favorables à l'examen. Au contraire en tirant, comme M. Delorme l'a fait, sur plusieurs milliers d'os recouverts de leurs parties molles, avec des projectiles animés de vitesses les plus faibles, qui produisent les types les plus simples, pour arriver successivement à étudier les plus complexes, on devait déterminer, avec rigueur, non seulement les types principaux de ces fractures, mais encore les divers éléments qui modifient ces types.

Les données principales de ce mémoire ont été reprises par nos classiques. Il a été traduit en allemand. Il forme la base du travail auquel l'*Académie de Médecine* a décerné le *Prix Laborie* en 1892. Ce sont les résultats obtenus dans ces expériences, c'est le parti qu'il a tiré de pareilles recherches qui ont donné l'idée de créer à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour l'instruction des médecins aides-majors stagiaires, un enseignement pratique de chirurgie de guerre, basé sur la méthode d'expérimentation cadavérique de l'auteur (tir réduit). Cet enseignement dont est chargé un professeur agrégé et qui fonctionne depuis douze années a donné les plus brillants résultats. Il remplace pour les jeunes chirurgiens de l'armée, la pratique absente du champ de bataille. Il apporte à la chirurgie d'armée l'appoint que l'anatomie et la médecine opératoire fournissent à la pratique chirurgicale.

9. Note sur un moyen très simple de reconnaître les fractures des diaphyses par la simple inspection des vêtements.

(Même recueil.)

La rapidité avec laquelle il faut, le plus souvent, en campagne, établir le diagnostic de fracture; la nécessité dans laquelle on se trouve de la faire reconnaître d'abord par des gens étrangers aux choses médicales, les brancardiers, l'absence de signes massifs de fracture (impotence fonctionnelle, déviation du membre, crépitation, etc.), dans maints cas de traumatismes qui ne s'accompagnent pas de solution de continuité du membre, forcèrent l'auteur à rechercher un signe apparent, d'une constatation immédiate, évidente, dispensant d'avoir recours à la palpation ou à la préhension douloureuses du membre.

Il eut le bonheur de trouver ce signe dans les dimensions exagérées de l'orifice que la balle laisse à sa sortie des vêtements.

Ce signe a une valeur presque absolue. On le constatait après les tirs avec les balles massives de 11 millimètres de diamètre; de nouvelles recherches de l'auteur ont montré qu'on l'observe encore après des tirs avec les balles cuirassées de 8 millimètres. M. le professeur Demosthen de Buckarest l'a retrouvé dans des tirs avec les balles de 6 mm. 5.

10. Relation du Congrès de Medecine et de Chirurgie militaires de Londres, 1881.

(Même recueil.)

Collaboration au *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* de Jaccoud.

Articles : *11. Parotide.*

12. Pied.

13. Résection.

14. Salivaire.

Les articles Parotide, Résection, Salivaire, ne sont que des travaux de revision. Par contre l'article *Pied* constitue une véritable monographie qui a été reprise pour l'article Pied du *Dictionnaire Encyclopédique*, la monographie du *Pied*, par Blum, etc.

Le diagnostic des luxations sens dessus dessous de l'astragale, les luxations complexes du tarse, l'étude des luxations du premier métatarsien, jusqu'alors négligée, celle, non moins négligée, des hémorragies plantaires, de leur diagnostic, de leur traitement, l'histoire des phlegmons plantaires dont il précise le lieu d'incision, celle des anévrismes de la pédieuse, sont des questions pour la solution desquelles l'auteur a fourni un appoint personnel important.

Il décrit enfin une modification opératoire du procédé de Syme. Elle consiste à supprimer le temps de la désarticulation tibio-tarsienne.

15. De la ligature des artères de la paume de la main et, en particulier, des artères profondes, et des artères de la plante du pied, avec considérations sur les hémorragies plantaires et sur l'application des procédés de l'auteur aux sections nerveuses, à l'extraction des corps étrangers et à l'ouverture des collections purulentes de la plante.

(*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1881, avec 18 planches. (Prix Barbier et tirage à part; Paris, Masson 1882.)

Il est assez singulier que les chirurgiens se soient si longtemps arrêtés, dans la pratique des ligatures artérielles sur le vivant et sur le cadavre, à celle des gros troncs, qu'ils n'aient guère dépassé, pour le membre supérieur, l'extrémité inférieure de l'avant-bras, ne faisant qu'un timide appel à la ligature de l'arcade superficielle, à celle de la radiale dans la tabatière anatomique et, pour le membre inférieur, qu'ils n'aient pas songé à découvrir les vaisseaux de la plante. La chose a d'autant plus lieu de surprendre que les blessures des artères terminales sont beaucoup plus fréquentes que celles des troncs, que la richesse de leurs anastomoses rend leurs hémorragies redoutables et qu'on a depuis bien longtemps reconnu, en principe, la supériorité d'une ligature directe sur la ligature à distance. M. Delorme a comblé cette regrettable lacune en fournissant des procédés aujourd'hui classiques.

Une étude d'anatomie topographique très attentive, dirigée exclusi-

vement dans le but d'indiquer le moyen d'arriver sur les vaisseaux en limitant les dégâts, précède la description de ses procédés de ligature des palmaires. Elle amène M. Delorme à contrôler les dispositions des gaines synoviales indiquées par Schwartz, à reconnaître l'isolement fréquent de la gaine du médius et de l'index, à constater une disposition intéressante de la cloison aponévrotique qui recouvre le lombrical de l'index, à revenir sur les anastomoses et les origines mal décrites des palmaires, à indiquer leurs anomalies rares, à préciser, par des lignes, partant de repères osseux faciles à trouver et invariables, la direction, et le siège précis de ces vaisseaux, les *trajets de vulnérabilité*.

1. 700 ligatures faites sur le cadavre par M. Delorme ou ses élèves lui ont montré que l'arcade palmaire superficielle, dans sa partie transversale, était située bien plus souvent au-dessus de la ligne d'abduction du pouce qu'en dessous ou au niveau de cette ligne, comme on l'admettait. Son procédé est basé sur cette constatation anatomique.

2-3. Il fournit un procédé de ligature de la portion verticale, cubitale, de la palmaire superficielle. L'incision suit le trajet du vaisseau. Il donne un procédé de ligature de la radio-palmaire.

L'arcade palmaire profonde est découverte par quatre procédés qui, tous quatre, présentent l'avantage commun de conduire sur elle sans dégâts inutiles, sans exposer à la blessure des nerfs ou des gaines.

4. Une *incision dorsale* suit le bord externe du deuxième métacarpien ;

5. Une *incision palmaire externe* suit le bord externe du lombrical de l'index ;

6. Une *incision palmaire moyenne* suit le bord externe du lombrical du médius ;

7. Une *incision palmaire interne* conduit entre la masse charnue de l'hypothénar et la masse commune des tendons fléchisseurs.

Le premier et le dernier procédé découvrent surtout les origines radiale et cubitale de cette arcade profonde ; l'incision palmaire moyenne permet de la dénuder dans toute son étendue.

8. Dans les traumatismes qui brisent comminutivement la continuité du grill métacarpien (coups de feu, etc.), M. Delorme conseille de rechercher cette artère par la voie dorsale, après l'ablation des esquilles.

Ces incisions peuvent servir non seulement pour la recherche des vaisseaux, mais pour celle des esquilles que la résistance élastique des

tendons fléchisseurs arrête, pour celle des autres corps étrangers et surtout pour l'ouverture des collections purulentes de la paume, etc. A plusieurs reprises, M. Delorme en a, sur le vivant, éprouvé l'utilité dans ces cas.

9-10. La radiale se divise en réalité en trois troncs d'égale importance dans la paume de la main. Il était donc utile de trouver des procédés méthodiques de ligature des deux autres branches terminales, du *tronc collatéral du pouce* et du *tronc collatéral de l'index.*

M. Delorme décrit les incisions qui permettent de découvrir ces troncs.

Pour le pied, M. Delorme procède comme pour la main. Il étudie d'après ses propres dissections, il décrit, au vu de ses pièces, la plante, ses cloisons aponévrotiques, ses vaisseaux, leurs rares anomalies, leurs rapports; il trace leur direction si régulière en se basant toujours sur des repères osseux, enfin, il indique les *zones dangereuses* au point de vue de la vulnérabilité.

11-12-13. L'auteur décrit ensuite un procédé de ligature des *deux plantaires à leur origine* et de la *tibiale postérieure à sa terminaison*;

14. Un procédé de *ligature de la plantaire interne*;

15. Un procédé de *ligature de la plantaire externe dans son trajet calcanéen*;

16. Un de *ligature de la plantaire externe dans son trajet calcanéo-cuboïdien*;

17. Un de *ligature de l'arcade plantaire*;

18. Un de *ligature de la plantaire externe à sa terminaison.*

Ces procédés de ligatures des plantaires ont été consignés dans l'article *Pied* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques de Jaccoud, dans le même article du Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales, dans la monographie que M. Blum a consacrée au Pied. Les ligatures des palmaires et des plantaires ont été reproduites dans les diverses éditions du *Traité de Médecine opératoire* du Professeur Chauvel. Ces procédés figurent dans le programme d'enseignement du Val-de-Grâce; ils sont répétés sans cesse à l'amphithéâtre depuis longues années par les élèves, ce qui affirme la simplicité, la facilité et l'utilité de leur exécution.

Une riche collection de pièces déposée au musée du Val-de-Grâce,

par l'auteur, lui a servi à étudier les anomalies et les lignes de direction des plantaires et des palmaires.

Ce Mémoire destiné au prix Laborie et envoyé par erreur pour le prix Barbier mérita cependant une récompense académique de 2500 francs, bien qu'il ne rentrât pas dans le cadre imposé aux travaux adressés pour le prix Barbier.

16. Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de Sécession.

(Commentaire du tome 3, in *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1884.)

Chacun des volumes chirurgicaux qu'Otis a consacrés à l'histoire de cette campagne équivaut à une vingtaine de volumes ordinaires. La lecture en est déjà, de ce fait seul, presque impossible pour la majorité des chirurgiens d'armée. M. Delorme a extrait du tome III toutes les parties originales ou dignes d'intérêt. L'analyse de cet ouvrage lui a demandé six mois de travail.

17. Du pansement antiseptique du soldat et de son utilité.

(In *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1884.)

Article de critique. M. Delorme montre que ce pansement est, au point de vue technique pur, une inutilité et qu'il constitue pour l'État une perte sèche.

18. De la nature et du traitement de la Blennorrhagie d'après les travaux les plus récents.

(*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1884.)

On commençait, au moment où cet article a paru, à employer les antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie. L'auteur apprécie les résultats obtenus par divers expérimentateurs et il fournit ceux que, dans sa pratique personnelle, lui ont donnés le bichlorure de mercure et le sulfate de quinine.

19. Traitement de l'hydarthrose par la compression localisée et forcée à l'aide de l'ouate.

(*Mémoire* in *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1885, p. 257.)

Aux topiques, aux révulsifs à action incertaine et même nocive puisqu'ils augmentent l'atrophie musculaire, à la ponction et aux injections articulaires, inoffensives entre les mains de chirurgiens antiseptiques, dangereuses si leur emploi se généralisait, M. Delorme oppose la compression ouatée. Mais cette compression, il la veut circulaire, modérée sur le segment sous-jacent à la jointure malade, localisée par des tampons et forcée sur les points des jointures au niveau desquels la synoviale fait saillie.

M. Delorme expose, dans ce Mémoire, la technique de son procédé et les résultats avantageux qu'il lui a donnés. En huit ou dix jours, il fait, par ce moyen, disparaître une hydarthrose aiguë du genou; en quinze jours, une hydarthrose chronique.

Il préconise, pour les fractures de la rotule, la compression localisée et forcée du genou, et il fournit, à l'appui de la valeur de ce traitement, une observation bien démonstrative à laquelle il pourrait aujourd'hui en ajouter d'autres.

Il étudie la pathogénie des récidives de l'hydarthrose et fait jouer un grand rôle à la distension des expansions tendineuses des muscles périarticulaires atrophiés. C'est une vue originale.

Les Thèses de M. Foy (*Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression localisée, forcée, à l'aide de l'ouate.* Thèse de Paris, 1886-87) et de M. Wavelet (*De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer dans le traitement des épanchements articulaires.* Thèse de Paris, 1890), rendent compte des résultats que la compression employée sur une quantité considérable de malades lui a permis d'obtenir.

20. Des meilleurs pansements à employer en chirurgie d'armée.

(Congrès de Chirurgie, 1re Session, 1885.)

Cette question du choix des meilleurs pansements à utiliser en cam-

pagne préoccupait alors, à bon droit, la plupart des chirurgiens d'armée.

Dans sa communication, M. Delorme établit, avec raisons à l'appui, que les pansements utilisables en campagne doivent différer, suivant la station sanitaire où on les applique, suivant la nature de la blessure et les exigences du service d'évacuation. Le sublimé et l'iodoforme ont ses préférences, comme topiques.

Le pansement ouaté lui semble tout aussi nécessaire que le pansement antiseptique proprement dit. Il insiste sur les avantages de ce dernier pansement pour le transport des blessés atteints de fracture ou des amputés.

21. *Des fractures des diaphyses et des épiphyses par les armes à feu actuelles.*

(Congrès de Chirurgie, 1re Session, 1885.)

Dans cette communication, l'auteur revient sur les caractères anatomo-pathologiques des fractures des diaphyses et des épiphyses. Il en décrit les formes d'après de nombreuses pièces présentées aux membres du Congrès. Exposé de vulgarisation.

22. *Des résections articulaires en chirurgie d'armée. Résultats cliniques et fonctionnels.*

(Prix de Chirurgie militaire, 1885, in *Archives de Médecine militaire*, 1886.)

L'auteur avait déjà étudié cette question dans un article analytique et critique basé sur les observations et les belles recherches américaines d'Otis et allemandes de Gurlt. Cette fois M. Delorme s'appuie sur d'autres éléments pour juger l'opportunité, les contre-indications, et la valeur clinique de ces opérations qu'on avait pratiquées jusqu'à l'abus, en Allemagne, pendant les guerres de 1848, 1854, 1866, 1870-71 et que, chez nous, des chirurgiens éminents, le Professeur Ollier entre autres, considèrent comme une méthode de choix dans les cas de fractures articulaires. S'appuyant sur ses propres recherches anatomo-

pathologiques, l'auteur démontre combien ces résections sont contre-indiquées à la période primitive, dans la plupart des lésions articulaires, soit à cause de la simplicité des dégâts produits par des balles, soit du fait de leur extension à la diaphyse quand le projectile a atteint le cartilage d'accroissement ou la région bulbaire de l'os. L'excision osseuse dépasse, dans ce dernier cas, ce qu'on a appelé les *limites physiologiques* de la resection, limites qu'on ne doit pas franchir si on ne veut pas s'exposer à des insuccès fonctionnels.

Pour M. Delorme la méthode conservatrice pure, dans les fractures articulaires, doit bénéficier de tout le terrain que la résection est appelée à perdre et ce n'est que, lorsqu'après l'ablation des fragments de l'extrémité articulaire fracturée, celle-ci, par ses irrégularités, risque de compromettre la rectitude et le bon fonctionnement de la jointure, qu'il y a lieu de faire une résection primitive purement *régularisatrice*.

M. Delorme donne des lésions typiques de chaque extrémité articulaire une description précise et originale qui n'est que l'expression synthétique de l'examen de ses nombreuses pièces. Il en déduit les lois générales des fractures articulaires, les conditions d'extension ou de délimitation des dégâts, la direction et l'étendue des lignes de fissures qui les compliquent. C'est une contribution importante à l'étude des fractures articulaires par balles.

Ce travail très personnel, établi sur une base solide et riche d'observations et d'expériences, a contribué puissamment à élucider cette question controversée, sans cesse renouvelée, de la résection, et a restreint les indications de cette opération. Variée autrefois, cette étude peut être, aujourd'hui, réduite à une formule. Ce Mémoire est le premier qui ait envisagé ce sujet à ce point de vue.

23. *Appareil pour les fractures de l'humérus par coup de feu.* (Appareil Hennequin modifié.)

(In *Archives de Medecine militaire*, 1886.)

L'appareil plâtré d'Hennequin a fait ses preuves pour le traitement des fractures communes de l'humérus. Pour les fractures ouvertes dont il n'est pas toujours possible, en campagne, de prévenir la suppuration, des modèles métalliques sont préférables.

M. Delorme indique les cas dans lesquels ces appareils sont appelés à rendre des services.

24. Observations d'interventions chez des tuberculeux.

(*Mémoire* in *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1886.)

Dans cet article, M. Delorme décrit un certain nombre d'opérations étendues et heureuses qu'il a pratiquées chez des tuberculeux. Considérations sur l'ablation des ganglions tuberculeux de l'aine.

25. Collaboration aux Archives de Médecine et de Pharmacie militaires.

Comme Secrétaire de la Commission de rédaction des Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, M. Delorme a fait paraître de 1883 à 1886, dans cette publication, maints articles analytiques et critiques.

26. Contributions à la chirurgie de la Face. — Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez.

(Communication à l'Académie de Médecine, mai 1886, et à la Société de Chirurgie, mai 1886. Rapport de M. Polaillon, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1887, T. 13, p. 147.)

Dans une tentative de suicide, un soldat s'était tiré un coup de fusil sous le menton. La balle avait abrasé la partie moyenne du maxillaire inférieur, fracturé le corps des deux maxillaires supérieurs, détruit toute la portion de la voûte palatine située en avant des deux dernières molaires de chaque côté et dilacéré les tissus mous de la face. Après la guérison de cette énorme plaie, on voyait, à la place de la bouche et du nez, un vaste hiatus qu'il s'agissait de recouvrir en établissant un orifice buccal et un nez.

M. Delorme restaura d'abord la voûte palatine et la lèvre supérieure et oblitéra la perte de substance nasale; un an après, il exécuta le deuxième temps de la restauration faciale, à savoir, celle du nez.

I. « Le procédé suivi pour la restauration de la voûte palatine est, dit M. Polaillon dans son rapport, original et tout à fait personnel à M. Delorme. Il eut un plein succès puisque l'orifice buccal fut parfaitement restauré, quo la communication entre les fosses nasales et la bouche fut interrompue et que l'opéré pouvait parler très facilement et mâcher les aliments les plus durs. »

Ce procédé comporte plusieurs temps : M. Delorme reconstitua d'abord la lèvre supérieure par deux grands lambeaux pris aux parties voisines et réunis sur la ligne médiane. Cela fait, au lieu de refouler en avant, par un appareil prothétique, cette lèvre ainsi formée et de constituer, à l'aide de cet appareil seul, une séparation entre la cavité buccale et la cavité nasale, il refoula, au contraire, la lèvre en arrière et assura l'affrontement de sa partie supérieure avivée avec le rebord osseux. Ce résultat atteint, un appareil de prothèse donna à la lèvre supérieure la direction horizontale de la voûte palatine. Cette direction fut encore maintenue par la fixation, dans son épaisseur, des tissus du nez, à une époque ultérieure.

Mais, la lèvre supérieure ainsi soulevée laissait à découvert toute la partie antérieure du dentier. Il fallait donc lui donner plus de hauteur par une nouvelle opération. M. Delorme, dans une autre tentative opératoire, libéra alors, par une incision transversale, le bord libre de la lèvre supérieure et le ramena au contact de la lèvre inférieure. Puis il combla l'espace compris entre le bord libre, muqueux, de la lèvre supérieure ainsi rabaissé et le reste de cette lèvre par deux grands lambeaux carrés, pris sur les joues et les régions malaires. Ces lambeaux furent suturés par de nombreux points de suture et se réunirent par première intention.

II. Un an environ après la restauration palatine et buccale, M. Delorme exécuta le second acte de la restauration faciale, à savoir la restauration du nez.

Pour obtenir un nez qui conservât sa forme, il est indispensable de soulever les lambeaux qui servent à sa constitution par une pièce de soutien. Mais, en général, la pièce de soutien ulcère la muqueuse des fosses nasales, sur laquelle elle prend point d'appui, et cela, même après un contact peu prolongé. Elle occasionne des sécrétions fétides qui obligent à l'enlever. M. Delorme tourna la difficulté en logeant la pièce de soutien dans une cavité extérieure aux fosses nasales, ayant la forme du nez, et complètement tapissée par une surface épidermique.

Dans une première opération, il aviva les bords de la perte de substance nasale, et la recouvrit par deux lambeaux carrés, pris dans les régions jugo-malaires, taillés suivant la méthode française, à base externe adhérente, et disposés de telle façon que leur surface cruentée contractât des adhérences avec le pourtour de l'orifice nasal. Il en résulta un voile épais, vertical, dont la surface épidermique était tournée en dehors et qui obstruait l'orifice béant des fosses nasales, à l'exception d'un espace qui représentait l'orifice des narines. La pièce prothétique devait appuyer sur ce voile.

Dans une deuxième opération, M. Delorme forma, sur la pièce prothétique, une coque cutanée avec trois lambeaux, un frontal et deux géniens.

La surface épidermique de ces lambeaux fut mise en contact avec la pièce de soutien, de telle sorte que celle-ci, complètement renfermée dans une cavité revêtue d'un épiderme, remplissait son office de rétablir la forme extérieure du nez, sans faire subir, comme les autres appareils, de pression irritante sur la muqueuse et sans produire l'odeur repoussante de l'ozène.

Le déplacement de ces divers lambeaux avait laissé sur la face de larges surfaces bourgeonnantes. M. Delorme en obtint la cicatrisation en pratiquant des greffes dermo-épidermiques très rapprochées : le lambeau brachial, taillé d'après la méthode italienne qui servait à recouvrir la surface cruentée s'étant mortifié.

« L'opéré de M. Delorme, dit M. Polaillon dans son Rapport, a été présenté à la Société.

Vous avez pu constater que le résultat des autoplasties multiples qu'il avait subies était fort *satisfaisant.* »

27. Sur quelques-unes des causes d'insuccès de l'opération de Letiévant-Estlander.

(Congrès français de Chirurgie, 3e Session, 1888.)

Au Congrès de Chirurgie de 1888 fut discutée la valeur de l'opération de Letiévant-Estlander qui ne semblait pas avoir réalisé toutes les espérances qu'on avait tout d'abord fondées sur elle. S'appuyant sur des constatations cadavériques, M. Delorme montre qu'on a beaucoup exa-

géré le degré du *retrait en profondeur*, que peut subir la paroi thoracique, après les excisions costales telles qu'on les pratique d'ordinaire. Il limite ce retrait à 4 centimètres; aussi pense-t-il que, dans le cas de pleurésie avec rétraction considérable du poumon, il y a lieu de *faciliter la dépression de la paroi par sa section verticale et le refoulement du lambeau cutané*. Sur un de ses opérés atteint d'un empyème total avec rétraction considérable du poumon, il a dû, à ce dernier procédé, un beau succès.

Il insiste enfin sur les avantages du *grattage méthodique de la cavité suppurante*.

28. *De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales.*

(Congrès français de Chirurgie, 3e Session, 1888.)

Au moment où cette question fut discutée au Congrès de Chirurgie, on recommandait, communément et sans réserves, l'intervention primitive dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales, en particulier dans les coups de feu de l'intestin. Tout en étant partisan, en principe, de l'intervention, M. Delorme relève toutes les conditions défavorables qui, le plus souvent, en campagne, s'opposent à son utilisation (installation défectueuse, époque tardive de l'intervention, nécessité de la dissémination des soins chirurgicaux, etc.); aussi recommande-t-il de n'y recourir qu'accidentellement, dans certains cas particuliers qu'il précise. Il indique les catégories de blessés dont les lésions assombrissent le pronostic. Ces opinions sont aujourd'hui acceptées par le plus grand nombre des chirurgiens militaires français.

29. *Opération complémentaire de l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum.*

(Congrès français de Chirurgie, 1889.)

Quand on enlève l'extrémité inférieure du rectum pour un cancer, par exemple, on est généralement obligé de faire porter au malade un

obturateur mécanique ou un réservoir en gutta-percha. M. Delorme a proposé de rétrécir l'ouverture anale par une opération analogue à celle d'Emmet.

30. Note sur les effets du fusil Lebel.

(Communication à l'Académie de Médecine, 29 mai 1888, et *Archives de Médecine militaire*, 1888.)

Au moment où cette note a été communiquée à l'Académie de Médecine, les chirurgiens d'armée qui avaient eu l'occasion de parler des effets produits par les armes de petit calibre se divisaient en deux camps : les uns affirmaient que les projectiles de ces armes déterminaient des dégâts bien moindres que les balles de plomb mou de 11 millimètres, d'où le nom de *balles humanitaires* qu'ils leur donnaient; les autres, au contraire, estimaient que leurs traumatismes étaient plus graves, et surtout, que les caractères de ces derniers différaient très notablement de ceux des projectiles de 11 millimètres.

S'appuyant sur des expériences cadavériques faites avec le procédé des charges réduites, M. Delorme montre que les effets produits sur les parties molles et les parenchymes, à toutes les distances, par les balles de 8 millimètres, présentent les mêmes aspects que ceux constatés avec les anciens projectiles, aux dimensions près du trajet; que les fractures diaphysaires et épiphysaires relèvent des mêmes types.

La conclusion à tirer c'est que ces balles ne méritent pas le nom d'humanitaires qu'on leur a donné et que les expériences faites avec les balles coniques employées antérieurement conservent toute leur valeur, même à l'heure actuelle.

PREMIÈRE SÉRIE DE COMMUNICATIONS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

---

31. *Opération de Letiévant-Estlander; résection de 7 côtes; mort; pleurésie du côté opposé.*

(Société de Chirurgie, 1885, et *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1885.)

Considérations sur cette opération.

32. *Opération d'Estlander; résection de 8 côtes, y compris une portion de la première; présentation du blessé.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1883, p. 79, et Thèse de Apard, Paris, 1886.)

Cette opération est intéressante à cause de la résection que M. Delorme a fait subir à la première côte, à partir du tubercule du scalène antérieur jusqu'à son articulation sternale. Malgré cette excision qui n'avait pas encore été tentée, de parti pris, ce blessé ne put guérir.

33. *Interventions chirurgicales chez des tuberculeux. Innocuité du raclage des gros nerfs et évidement vertébral.*

(Rapport de M. Nepveu. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1886, p. 790.)

Il s'agit de deux observations de raclage du nerf radial et du nerf

sciatique, dans une très grande partie de leur étendue, sans accident ni immédiat ni consécutif, et d'un cas d'évidement d'un corps vertébral, opération peu fréquemment tentée alors. Il n'était en effet question, à cette époque, que des opérations de Trêves, d'Israël, de Boeckel.

34. Deux observations de carie de l'os iliaque.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1886, p. 219. Rapport de M. Chauvel, p. 284.)

Un cas d'évidement de l'os iliaque au niveau de la grande échancrure sciatique; un cas de tunellisation étendue du même os, au même niveau.

35. Rétrécissement spasmodique d'origine hystérique.

(Observation résumée *in Bull. et Mém. Société Chirurgie*, 1886, p. 398.)

Il s'agit d'un malade qui avait subi une urétrotomie interne pour un prétendu rétrécissement et qui fut guéri par la suggestion. Revu six ans plus tard, la guérison s'était maintenue.

36. Fracture de la région temporale, compression du cerveau par un vaste épanchement sanguin extra-dure-mérien de toute la zone décolable de la dure-mère. Absence des signes habituels de cette compression.

(*Bull. et Mem. Société Chirurgie*, 1886, p. 512.)

37. Observation d'un malade guéri d'une tuberculose étendue à la totalité de l'articulation sacro-iliaque; évidement de toute l'articulation, ablation d'une poche descendant jusqu'au creux poplité.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1887, p. 93.)

Ces cas étaient considérés naguère comme mortels. Cet exemple montre l'utilité d'une intervention alors même que les lésions sont des plus étendues et semblent irrémédiables.

38. Résection métacarpo-phalangienne du pouce pour une luxation récidivante.

(Même recueil, 1887, p. 214.)

39. Deux observations de réséqués du poignet pour tumeurs blanches avec résultat des plus favorables.

(Même recueil, 1889, p. 567.)

40. Ablation de toute la gaine des fléchisseurs communs des doigts atteinte de tuberculose; résultat définitif satisfaisant.

(Même recueil, 1889, p. 412.)

41. Excision dure-mérienne pour tuberculose.

(Même recueil, 1889, p. 583.)

42. Résection du genou ayant comporté l'ablation de 12 centimètres du fémur et du tibia et la dissection de l'artère poplitée dans l'étendue de 8 centimètres.

(Même recueil, janvier, 1889-90.)

Exemple intéressant de guérison rapide et satisfaisante malgré la dissection d'une vaste poche poplitée et une excision osseuse qui dépassa les limites habituelles.

43. Pince pour l'extraction des balles du fusil Lebel.

(Même recueil, 1887, p. 486.)

Présentation d'une pince dont les dispositifs des mors sont mieux adaptés que ceux des anciennes à la préhension des balles actuelles.

44. Quatre cas d'arthrectomie du genou.

(Communication à la Société de Chirurgie. Rapport de M. Chauvel et Discussion. *Bulletins et Mémoires*, 1888, et *Gazette des hôpitaux*, 7 mars 1888.)

A l'époque où M. Delorme communiqua à la Société de Chirurgie ses observations d'arthrectomie du genou pratiquée pour des synovites fongueuses, la valeur de cette opération n'avait pas encore été discutée à cette société. Ces cas présentaient donc un intérêt d'actualité; ils servirent à fixer davantage l'attention sur cette opération.

M. Delorme préconise dans son mémoire un nouvel appareil contentif pour les arthrotomisés ou les réséqués du genou. Cet appareil se compose d'une gouttière de zinc à valves crurales et jambières. Il assure l'immobilité absolue du membre, tout en laissant en presque totalité le genou à découvert pour l'*application des pansements*.

45. Clamp pour la résection du scrotum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 7 avril 1888, et *Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1888.)

Le clamp ingénieux construit par Horteloup pour la résection du scrotum est compliqué et coûteux. M. Delorme donne le modèle d'un clamp qu'on peut construire dans le bouchon plat d'un bocal à large ouverture. Près d'une centaine d'opérations pratiquées jusqu'ici avec cet instrument lui en ont démontré les avantages.

46. Résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes gauches, d'une moitié de l'arc postérieur de la septième vertèbre cervicale et de l'apophyse épineuse de la première dorsale pour une ostéite consécutive à un coup de feu datant de vingt ans.

(In *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Rapport de M. Chauvel, 1890, et *Gazette des hôpitaux*, 4 mars 1890.)

L'intérêt de cette observation réside dans la bénignité de l'intervention et son succès, qu'on peut opposer à ses difficultés et à ses dangers.

Les exemples d'excision de cals vertébraux vicieux sont excessivement rares. M. Chipault n'en compte que deux.

Dans le cas particulier, l'opération fut imposée par les douleurs vives éprouvées par le blessé sur le trajet du nerf cubital et par une fistule broncho cutanée persistante ouverte dans le creux sus-claviculaire.

Mal renseigné, par la palpation, sur les limites exactes du calus, en avant, et pensant, au cours de son opération, avoir à entamer l'*artère vertébrale dans son canal osseux* (or si la ligature du bout inférieur est facile en suivant le procédé classique, il n'en eût pas été de même du bout supérieur), M. Delorme s'assura, à plusieurs reprises, sur le cadavre, de la possibilité de la ligature à distance du bout supérieur de la vertébrale, le moins accessible. Il le recherche entre l'atlas et l'axis. Dans l'observation de ce malade, il indique le procédé opératoire qu'il aurait suivi s'il avait été forcé de pratiquer cette ligature. Il y a là une contribution intéressante à l'étude de la ligature de cette artère. Presque sans utilité autrefois, elle peut être imposée aujourd'hui au cours d'opérations de laminectomies cervicales.

Cette observation a été reproduite par M. Chipault dans ses *Essais sur la Chirurgie médullaire*.

Elle a été résumée dans le Rapport de M. Chauvel à la Société de Chirurgie.

47. *Sur les fractures longitudinales de la tête du radius.*

(Communication à la Société de Chirurgie et *Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1891.)

Le petit nombre de faits publiés de fractures longitudinales de la tête du radius a engagé M. Delorme à signaler celui qu'il lui avait été donné d'observer. Il le fait suivre de remarques et de l'indication des cas publiés depuis le mémoire d'Hofmokl.

48. *Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urètre* (procédé de restauration autoplastique).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1890, p. 604. Rapport de M. Horteloup; *Gazette des hôpitaux*, 15 juin 1890.)

Sur un blessé atteint de rétrécissement traumatique de l'urètre

depuis plus de vingt ans, et pour le traitement duquel on avait, en vain, employé tous les modes de traitement usuels, la dilatation simple, la dilatation forcée, la divulsion (2 fois), l'urétrotomie externe, l'urétrotomie interne (3 fois), l'électrolyse (2 fois), M. Delorme combina l'urétrotomie externe avec la restauration autoplastique.

Il sectionna le rétrécissement par une incision d'urétrotomie externe, mais craignant, qu'après la cicatrisation de la plaie opératoire, la coarctation ne se reproduise, comme le fait avait déjà été constaté chez ce malade même, M. Delorme s'attacha à empêcher les deux parois de l'urètre de se réunir directement. Pour y parvenir, il tenta d'interposer entre elles, une surface de peau assez épaisse pour que celle-ci ne pût pas se transformer en tissu dur et rétractile.

Disséquant, sur l'un des côtés du périnée, un lambeau cutané rectangulaire de 8 centimètres de long, sur 4 de large, à sa base, M. Delorme insinua l'extrémité du lambeau entre les deux lèvres du rétrécissement incisé, puis il replia ce lambeau de telle façon que chacune de ses surfaces cruentées fût opposée à la lèvre correspondante de l'incision périnéale. Cela fait, il le fixa par des points de suture métallique.

Pour éviter le contact de l'urine avec le lambeau, celle-ci fut dérivée par une sonde à demeure, introduite par une boutonnière faite au canal de l'urètre, aux dépens de la pointe de la prostate. C'était insuffisant. Il eût été préférable de détourner l'urine par un siphon hypogastrique.

On aurait pu ainsi éviter la souillure incessante du lambeau et sa mortification.

Malgré cet insuccès, M. Horteloup, chargé d'apprécier la valeur de cette tentative, se garde de prendre parti contre l'autoplastie urétrale et il s'exprime ainsi à son sujet : « Des observations ultérieures nous diront, peut-être, s'il est préférable dans un rétrécissement traumatique de l'urètre, récidivé, de pratiquer la résection ou de faire l'autoplastie. Je ne connais pas d'autres opérations autoplastiques tentées contre les rétrécissements périnéaux de l'urètre. »

---

49. *Étude comparative des effets produits par les balles du fusil Gras de 11 millimètres et du fusil Lebel.*

(En commun avec M. Chavasse; in *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1891, p. 81.)

Pour des raisons d'ordre militaire, ce Mémoire adressé au Comité de santé, en 1888, n'a pu paraître qu'en 1891.

Dans ce travail important, basé sur des expériences cadavériques nombreuses, MM. Delorme et Chavasse étudient et précisent les similitudes ou les différences des désordres occasionnés :

1° *Par les deux balles tirées à des portées égales;*

2° *Par les deux balles animées de vitesses identiques.*

Les tirs, très multipliés, ont été exécutés sur des points similaires du même sujet.

Ces auteurs constatent ce phénomène important au point de vue de la fréquence et de la gravité du shock, à savoir que l'ébranlement imprimé par le choc du projectile à un membre fracturé est plus considérable avec la balle du fusil Gras qu'avec la balle Lebel. Cette dernière produit des effets explosifs, des traumatismes effrayants, à courtes distances, dans certaines conditions, tout comme l'ancienne, à l'encontre de ce qu'on avait d'abord admis. Ils notent ensuite avec soin, et comparativement, les dégâts observés, avec les deux balles, *aux mêmes portées*, donnée des plus importantes, car il est douteux que l'adoption de l'arme nouvelle modifie sensiblement la tactique, les distances du tir. Or il résulte de leurs expériences que les traumatismes des parties molles aux mêmes portées, ne diffèrent que par leurs dimensions; que les types de fractures produites par les balles de 8 millimètres sont semblables à ceux décrits par M. Delorme avec les balles de 11 millimètres; que les fractures épiphysaires sont un peu moins fréquemment compliquées de fêlures avec les balles de 8 millimètres et que les pénétrations des os courts sont comparables. Pour les os plats, MM. Delorme et Chavasse décrivent des abrasions à bords tranchants, lésion qu'on n'observait pas avec le projectile de 11 millimètres.

Après avoir étudié les résultats obtenus avec des vitesses similaires, ils recherchent les dimensions respectives des orifices d'entrée et de sortie des vêtements, donnée qui, au premier abord, paraît banale, mais

qui, au contraire, en chirurgie de guerre, a une grande importance au point de vue du diagnostic des fractures et du séjour des corps étrangers. Il résulte de leurs constatations que ces orifices, pour les deux balles, varient avec la nature de l'étoffe, que l'orifice d'entrée, avec l'une comme avec l'autre, est avec perte de substance, ce qui implique l'idée du séjour de corps étrangers vestimentaires dans les tissus, enfin que les orifices de sortie vestimentaires laissés par des balles de 8 millimètres qui ont traversé des os sont agrandis comme ceux des balles de 11 millimètres, et que cet agrandissement peut servir à préciser le diagnostic de fracture et à déterminer le genre de fracture auquel on a affaire, comme M. Delorme l'avait déjà avancé dans sa note académique.

Ils décrivent, avec soin, les caractères des corps étrangers vestimentaires et *leur siège*. Les portions d'étoffes successivement traversées et abrasées sont accolées, tassées, et abandonnées *à l'orifice d'entrée de la perforation osseuse ou au canal osseux*, indication précieuse pour leur extraction.

A l'époque où ces résultats expérimentaux ont été publiés, on admettait que les balles à enveloppe ne s'arrêtaient pas au sein des tissus et qu'elles ne subissaient pas de déformation. Les constatations de MM. Delorme et Chavasse infirment cette proposition. Avec les balles du fusil Lebel les fragmentations, pour être moins fréquentes qu'avec les balles de 11 millimètres, s'observent; elles sont même plus dangereuses qu'avec les balles de 11 millimètres. Ces projectiles peuvent s'arrêter dans les tissus mous ou les os.

MM. Delorme et Chavasse décrivent et figurent les déformations de pointe des balles de 8 millimètres, leurs déformations latérales, les séparations de leur enveloppe, les fragmentations de leurs noyaux, déformations et segmentations utiles à connaître pour établir le diagnostic des fractures et assurer l'ablation totale des corps étrangers qui compliquent la plaie.

En résumé, ce travail basé exclusivement sur des faits nombreux, a apporté un appoint très important à l'étude des traumatismes produits par les balles actuelles ; il constitue un guide précieux pour la pratique de la chirurgie aux armées. A côté des éléments nouveaux qu'il fournit, il réfute des assertions mal justifiées. S'il semble, au premier abord, plus utile à consulter pour les chirurgiens des armées étrangères contre lesquelles la France pourrait avoir à entrer en lutte, en réalité son utilité n'est pas moindre pour les chirurgiens français : les projectiles

des principales armées ayant actuellement des formes, des vitesses, des portées, bref des qualités balistiques semblables ou à peu près semblables à celles des balles françaises. Il démontre, une fois de plus, combien de pareilles recherches cadavériques sont utiles pour fixer, dès le temps de paix, les règles d'une pratique auxquelles les circonstances de guerre ne permettent pas d'être hésitante et dont les défectuosités sont particulièrement pernicieuses, puisqu'avant qu'on ait acquis la démonstration de leurs inconvénients ou de leurs dangers, elles peuvent être généralisées à des milliers et des milliers de blessés.

50. *Sur la myosite tuberculeuse.*

(Congrès français de Chirurgie, session de 1891.)

Dans son service qui réunit un grand nombre de cas de tuberculoses chirurgicales traités, le plus souvent, par des interventions directes, M. Delorme a pu, dans l'espace de quelques années, observer quatre exemples de cette affection si rare qu'on en compte encore les observations par unités. Il montre, d'après ses observations, qu'on peut observer des formes suppurées, fongueuses et scléreuses. Il a pu enlever, en presque totalité, un muscle long dorsal qui avait subi une transformation tuberculeuse scléreuse.

51. *Quelques remarques sur les procédés de résection de la hanche par incision antérieure.*

(Congrès français de Chirurgie, 1891.)

M. Delorme pense qu'on est trop enclin, en France, à s'adresser exclusivement aux procédés à incision externe, pour la résection de la hanche. Ce sont les seuls qui soient recommandés par nos classiques. Les incisions antérieures et, en particulier, celle de Hueter, lui semblent cependant préférables, dans certains cas. Elles permettent une dissection plus complète des poches purulentes antérieures, une ablation plus régulière des fongosités, la térébration ou l'évidement plus facile du cotyle, et elles n'imposent pas le sacrifice d'attaches

tendineuses. Il montre que les difficultés qu'on éprouve, sur le cadavre, à luxer la tête fémorale, avant son excision, ne se constatent pas, le plus souvent, sur le vivant, en raison du ramollissement ou de la destruction du ligament rond. Or, c'est là surtout le reproche qu'on adresse, en France, à ces prodédés à incision antérieure, de ne pas permettre la luxation de la tête fémorale.

52. *Quelques remarques sur la résection métatarso-phalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose.*

(Congrès français de Chirurgie de 1892)

Si l'importance anatomique de cette articulation est minime, son rôle physiologique est moins effacé. Pendant la marche, sa mobilité est constamment mise en jeu, aussi son ankylose amène-t-elle des changements très importants du rythme de la marche. Pour rendre cette marche normale, M. Delorme préconise la résection. Celle-ci portera exclusivement sur la première phalange pour opposer une surface cartilagineuse à une surface osseuse et ménager la tête métatarsienne dont la conservation est si précieuse. Utilisée dans deux cas, cette opération a donné un résultat satisfaisant.

53. *Contusion du périnée et de l'urètre, phlegmon urineux, urétrotomie externe suivie de suture urétrale, insuccès; suture secondaire, guérison rapide sans rétrécissement. Considérations sur la suture de l'urètre.*

(Congrès français de Chirurgie, 6e Session, 1892.)

A propos d'un soldat qui, sur sa bicyclette, s'était rompu l'urètre et qu'il avait guéri sans rétrécissement après une deuxième tentative de suture, M. Delorme étudie les cas dans lesquels cette suture lui paraît applicable. Il pense qu'il n'est bon de tenter la suture urétrale que dans les sections circonférentielles, qu'il est utile d'en limiter l'emploi aux cas dans lesquels l'urétrotomie externe, dont elle n'est que le complément, est indiquée, soit pour remédier aux accidents de rétention,

soit pour donner issue aux produits septiques du phlegmon urineux; qu'enfin, lorsque le périnée est infecté, il est plus avantageux d'attendre que la désinfection du foyer ait été obtenue plutôt que de pratiquer la suture sur-le-champ. L'insuccès de sa première tentative appuie cette dernière proposition.

54. *Contribution à la chirurgie de la poitrine.*

(Congrès français de Chirurgie, 7e Session, 1893.)

Le court mais substantiel Mémoire que M. Delorme a communiqué au 7e Congrès de Chirurgie constitue une contribution très importante à la chirurgie de la poitrine. Il fera date dans l'étude des questions soulevées.

M. Delorme y décrit son procédé de volet thoracique et montre, par une observation heureuse, les services qu'il est appelé à rendre pour le traitement des abcès froids à diverticule intrathoracique, pour celui des empyèmes anciens, du pneumo-thorax, des blessures du cœur et du poumon, etc.

Il relate l'observation d'un malade chez lequel il a pu, par une suture directe de la plaie, arrêter une hémorragie du parenchyme pulmonaire, explorer les vaisseaux du hile du poumon, et appliquer une pince hémostatique sur le péricarde sectionné. C'est le premier exemple de recherches et d'interventions semblables faites sur le vivant.

55. *Mémoire sur les types de fractures des diaphyses produites par les balles; sur la séméiologie de chaque groupe de ces fractures et de leurs variétés.*

(Mémoire honoré du prix Laborie. Académie de Médecine, 1892.)

Après avoir rappelé les dispositifs des fractures des diaphyses produites par les balles, M. Delorme étudie dans ce mémoire tout original les signes généraux des groupes de ces fractures et de leurs variétés. Il s'appuie surtout, dans sa description, sur les données de son observation cadavérique et clinique.

Les auteurs qui, jusqu'ici, ont parlé du diagnostic général des fractures par coup de feu disent qu'on les reconnaît aux signes des fractures communes, à la douleur, à l'impuissance du membre, à la mobilité anormale, à la déformation et à la crépitation. Ce rapport séméiologique établi, ils ne croient pas devoir s'arrêter à ces signes depuis longtemps décrits, ils oublient de déterminer les conditions qui trop souvent en modifient les caractères, enfin ils dédaignent l'étude d'autres signes importants bien capables de venir en aide aux chirurgiens dans le diagnostic des cas les plus difficiles, c'est-à-dire de ceux dans lesquels l'os n'a pas subi de solution de continuité.

I. M. Delorme étudie : 1° *Les signes généraux des fractures par balles;* 2° *Ceux du type et de la variété;* 3° *Ceux de l'état comminutif.* Comme signes généraux il s'arrête : 1° à la sensation de choc; 2° au shock traumatique; 3° à la douleur; 4° à la position des plaies; 5° aux dimensions des orifices de sortie cutanés et vestimentaires; 6° à la forme de ces orifices; 7° au gonflement, à l'hémorragie; 8° à l'issue de gouttelettes huileuses; 9° à la présence d'esquilles dans le canal de sortie; 10° à la déformation des projectiles.

Il détermine ensuite les conditions dans lesquelles : 11° l'impuissance du membre; 12° la déformation du membre; 13° la mobilité anormale et la crépitation; 14° enfin les signes fournis par l'exploration directe, peuvent être recherchés.

II. Le diagnostic des types et de la variété de la fracture était tout à faire puisque, avant les recherches de l'auteur, on n'avait pas déterminé ces types même. M. Delorme établit les bases de ce diagnostic d'autant plus précieux qu'il fixe le chirurgien sur le degré d'opportunité de l'extraction des esquilles et qu'il sert à apprécier la valeur des divers modes de traitement des fractures. L'auteur s'y arrête longuement.

III. Il passe enfin aux signes de l'état comminutif.

Ce travail constitue une contribution très importante et originale à l'étude de l'une des questions les plus vastes de la chirurgie de guerre et d'un haut intérêt pratique.

56. *Rapport sur les blessés de Fourmies.*

(*Archives du service de santé*, 1891, et Résumé in *Archives de Médecine militaire*, 1893.)

Appelé par M. le Ministre de la guerre à donner aux blessés de Fourmies, dans un hôpital de campagne spécialement aménagé pour eux, les soins que réclamait leur état, M. Delorme obtint 32 succès sur 32 blessés, malgré la gravité extrême des traumatismes subis par plusieurs d'entre eux. Sur 32 blessés, en effet, 3 avaient eu le genou traversé, 1 le coude, 2 le poignet, 1 la hanche; plusieurs présentaient des fractures des diaphyses, etc...; et ces blessures avaient été produites à quelques pas, c'est-à-dire avec des balles animées d'une très grande vitesse, ce qui assombrit, comme l'on sait, le pronostic des blessures. Tous ont été traités par la conservation pure, antiseptique et ont gardé un membre utile. Cette malheureuse expérience donne les plus belles espérances pronostiques pour les traumatismes qu'on pourra observer et soigner par les procédés antiseptiques, dans les guerres de l'avenir. L'auteur compte ultérieurement fournir ses observations détaillées.

TRAITÉ DE CHIRURGIE DE GUERRE

(2 volumes, Paris, Alcan, 1888-1893.)

57. Tome premier : Histoire de la chirurgie militaire française depuis l'emploi de la poudre à canon jusqu'à nos jours; plaies par armes à feu des parties molles.

Tome second : Lésions des os par les armes de guerre; blessures des régions; service de santé en campagne.

Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des Sciences); *Prix Montyon de Médecine et de Chirurgie, 1893.*

I. Le Rédacteur du *Journal allemand de médecine Militaire*, bien placé pour juger avec autorité et impartialité la valeur du *Traité de chirurgie de guerre* de M. Delorme, s'exprime ainsi à son sujet :

« Près de six ans après le premier volume, apparaît le deuxième qui termine cet ouvrage important. On s'explique, à sa lecture, qu'un si long intervalle ait été nécessaire à l'auteur. Il a travaillé avec un zèle digne d'étonnement pour établir, sur une base expérimentale, les données qui font l'objet de cette seconde partie. Nous y trouvons le résultat d'un travail acharné de dix ans pour le plus grand profit de la pratique de la chirurgie de guerre...

« Commencé sur une large base et travaillé avec un très grand soin, d'un bout à l'autre, il constitue une riche acquisition pour la littérature médicale, en ce qui concerne les traités de chirurgie de guerre. Je ne

connais aucun livre moderne sur les plaies par armes à feu qui soit, à ce degré, basé sur les résultats d'expérimentation avec les armes actuelles. Or, comme l'armement de toutes les grandes armées est le même, sa lecture en est instructive pour chaque médecin militaire... Il porte le cachet de l'indépendance du jugement et de l'esprit pratique. »

II. Lors de la présentation à l'Académie de Médecine du tome II du Traité de chirurgie de guerre de M. Delorme (séance du 25 avril 1893), M. le médecin inspecteur Kelsch s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur de vous offrir, de la part de M. le professeur Delorme, le dernier volume de son *Traité de chirurgie de guerre*, volume qui complète cette œuvre considérable.

« Par des expériences et des observations cliniques poursuivies pendant plusieurs années, l'auteur a pu apporter un contingent important de données à l'étude des traumatismes produits par les balles actuelles et devancer ainsi l'expérience de la future campagne.

« Les lésions des os longs ont été l'objet d'une étude approfondie. L'histoire des fractures, notamment, a fourni à l'auteur l'occasion de développer des idées toutes personnelles sur leurs signes diagnostiques et leur traitement. Grâce à de nombreuses et ingénieuses expériences, l'auteur a pu, d'autre part, combler bien des lacunes dans l'anatomie pathologique des blessures des articulations.

« Enfin les blessures des régions constituent un chapitre riche en documents où le chirurgien militaire trouvera toujours à puiser...

« En somme j'ai l'honneur de présenter, non seulement une œuvre de vulgarisation, mais aussi une œuvre personnelle, empreinte d'une réelle originalité, qui recommande son auteur à la haute attention de l'Académie et lui assigne un des premiers rangs parmi les chirurgiens militaires. »

III. *Rapport de M. le baron Larrey à l'Institut* (Académie des Sciences) *sur les Prix de Médecine et de Chirurgie pour 1894.*

« Le Traité de chirurgie de guerre publié en deux volumes par M. le docteur Delorme, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, est l'ouvrage le plus complet qui ait paru jusqu'à ce jour

sur la chirurgie militaire, soit en France, soit à l'étranger. Ces deux volumes du grand format in-8 compact sont : le premier de six cents pages, le second d'un millier, offrant ensemble plus de cinq cents figures intercalées dans le texte.

« Ce traité n'est pas seulement un exposé complet de toutes les questions applicables à la chirurgie des armées; rappelant les travaux des devanciers, il met aussi en relief les recherches personnelles de l'auteur sur les questions et les particularités les plus nouvelles de la chirurgie de guerre, sur les points compliqués de la pratique actuelle, depuis les perfectionnements des armes à feu, la portée plus longue et plus précise des projectiles. Cet ouvrage répond enfin aux principes établis par la Commission des Prix de l'Académie des sciences...

« Ce qui caractérise d'abord l'importance de cet ouvrage considérable, c'est qu'il a entraîné l'auteur à une multitude d'expériences cadavériques pour élucider les nombreuses questions à résoudre. Il s'attache à signaler ses propres recherches, parmi les plus importantes et les plus nouvelles, en prouvant qu'elles n'ont pas encore été soumises à la publicité de la part d'autres chirurgiens.

« 1° M. Delorme expose d'abord les désordres produits par les balles dans les tissus mous, en démontrant que les lésions sont d'autant plus étendues que la vitesse des projectiles est plus rapide.

« 2° La pathogénie de la commotion cérébrale par les coups de feu est rattachée, dans la plupart des cas, à la transmission de l'ébranlement à la moelle.

« 3° Les altérations des vaisseaux sanguins et des nerfs par les projectiles ont été recherchées spécialement par l'auteur et la description en a été reproduite par d'autres observateurs, d'après lui.

« 4° Une multitude de coups de feu, tirés par séries, sur la diaphyse des os longs, permettent à l'expérimentateur d'en préciser les effets, d'après la nature des lésions et la position des esquilles mobiles, à extraire du foyer de la blessure, ainsi que des esquilles adhérentes, à conserver.

« 5° Les lésions traumatiques des articulations ont plus encore fixé l'attention de l'auteur, en lui suggérant une multitude d'expériences nouvelles. Il a recherché le mécanisme des altérations dues à ces traumatismes si variables dans leurs effets, et il établit, par exemple, que les lésions sous-jacentes au cartilage dit d'accroissement sont limitées, tandis que celles superposées à ce cartilage présentent les caractères d'extension et de traumatisme des diaphyses osseuses. Cette donnée,

dit l'auteur de ces recherches aussi attentives que multipliées, domine la thérapeutique des résections.

« Notre savant confrère, M. le professeur Ollier, qui a publié trois volumes sur les *résections* des os pourrait à ce sujet apprécier le mérite des recherches de M. Delorme sur la variété des lésions produites par les fractures articulaires. Sa conclusion à ce sujet est que chaque extrémité articulaire comporte des types de fractures plus variés que ceux des diaphyses.

« M. Delorme a fait autant de recherches et autant multiplié ses expériences sur les lésions traumatiques de la tête, de la face et de chacun de ses organes, qu'il l'a fait pour le cou, le tronc et toutes les parties qui s'y rattachent, sans qu'il soit besoin d'en faire l'énumération dans ce simple exposé d'une œuvre aussi considérable.

« A plus forte raison, ne pouvons-nous citer, même d'après l'auteur, quelques-uns des faits intéressants qui révèlent l'autorité de son expérience personnelle, non seulement comme chirurgien anatomiste, expérimentateur et clinicien érudit, mais encore comme opérateur habile et accompli. »

Le *premier volume* du Traité de chirurgie de guerre de M. le professeur Delorme débute par un long historique de la chirurgie militaire française. Dans cet historique qui s'étend du xve siècle jusqu'à nos jours, l'auteur rappelle l'influence qu'a eue la chirurgie militaire française sur les progrès de la chirurgie en général et de la chirurgie d'armée en particulier, la part considérable que les chirurgiens de notre pays ont prise au perfectionnement des méthodes opératoires et à l'adoption définitive de la méthode conservatrice. Il analyse, en quelques mots ou avec de longs développements, tous les écrits des chirurgiens militaires français du xve au xixe siècle et, dans une revue d'ensemble, il étudie, pour chaque siècle, les doctrines nouvelles ou rénovées, les pratiques suivies, les progrès accomplis.

Après une description détaillée des projectiles actuellement en usage tant dans l'armée française que dans les autres armées de l'Europe et l'analyse attentive des causes qui en modifient la puissance vulnérante, l'auteur aborde l'histoire générale des plaies des parties molles et de leurs complications.

On peut relever, au milieu des descriptions didactiques de ce premier volume, les remarques de l'auteur sur les dimensions des orifices et des trajets variables avec la vitesse du projectile, son exposé du mode d'action des balles, la description de sa méthode d'expérimentation avec des charges réduites, qu'il a appliquée à l'étude des blessures par les petits projectiles, celle toute originale de la contusion artérielle et veineuse et des plaies de ces vaisseaux, sa description des plaies des nerfs basée sur ses recherches cadavériques, sa conception de la pathogénie de la commotion, ses données sur la fréquence du séjour de parcelles vestimentaires dans les plaies des parties molles et ses indications sur l'extraction des corps étrangers.

Dans le *second volume*, signalons : les longs développements, très personnels, consacrés à l'étude des fractures des diaphyses des os longs, l'exposé de leurs caractères anatomo-pathologiques, de leurs types, des signes cliniques de ces derniers, les indications si nettes sur le siège des esquilles libres, les seules qu'il faille extraire, et sur les poiats au niveau desquels doivent porter les incisions, les débridements imposés pour leur extractioa. Ses aperçus originaux sur les cals l'amènent à déterminer les poiats d'attaque des esquilles tertiaires et des foyers nécrotiques, à donner les moyens de prévenir les développements exagérés du cal. Soa exposé des conditioas si spéciales que doivent remplir les appareils immobilisants, provisoires, de transports, définitifs, sera consulté, avec profit, par ceux que cette question si importante peut intéresser. Il évitera bien des tâtoanements inutiles à ceux qui ont la charge délicate d'assurer nos approvisionnements et leur permettra de faire des choix à l'abri de toute critique sérieuse.

La descriptioa coasacrée à l'étude des blessures des articulations est tout aussi personnelle que la précèdente. Condensant et complétant les travaux qu'il avait aatérieuremeat consacrés à ce sujet, l'auteur décrit les lésioas que les balles produisent sur les extrémités articulaires et il insiste sur les lois qui régissent lours traumatismes. Aux portions osseuses comprises entre le cartilage d'accroissement et le niveau de l'interligne appartiennent les dégâts limités; à la portion bulbaire, les dégâts étendus, prolongés par des fissures axiles. C'est à la disposition architecturale des extrémités articulaires que sont dus, en grande partie, le sens et l'extension des traits de fissure; la vitesse du projectile commande l'état comminutif. Dans aucun Traité de chirurgie de guerre, ces lois si simples n'avaient servi à régler les traitement applicables à ces traumatismes. M. Delorme s'appuie au contraire sur elles pour montrer que la résection doit être d'un emploi très limité. Il précise les cas qui relèvent de la coaservation et de l'amputation.

Daas le chapitre consacré aux blessures du cràae, méritent d'être signalées comme plus personnelles : les descriptions consacrées aux perforations, aux gouttières du crâne, aux propagations fissuriques, aux signes des perforations de part en part; dans les plaies de la face, la comparaison de la prothèse et de l'autoplastie, la description de procédés originaux d'autoplastie; dans les traumatismes du cou, l'exposé des blessures du larynx; dans les plaies de poitrine et de l'abdomen, l'étude des caractères des blessures du poumon, du cœur, de l'intestin et des autres viscères; les opinioas de l'auteur sur l'intervention dans les blessures de l'abdomea. Les lésions que les balles produisent sur le rachis présentent, pour l'auteur, des caractères tels que l'intervention ne peut être utile que dans les fractures de l'aro postérieur.

Des chapitres sur les blessures produites par les substances explosibles, sur le service de santé en campagne, sur les modifications que l'armement a imprimées aux traumatismes par les armes de guerre terminent cet important ouvrage qui a pour caractère principal l'extension donnée à l'étude anatomo-pathologique des blessures. A des descriptions vagues ou insuffisantes faites de souvenir, l'auteur, grâce à l'expérimentation cadavérique qu'il a sans cesse appelée à son secours, substitue des descriptions faites *de visu*, et ce sont les caractères anatomo-pathologiques de la lésion qni lui fournissent en partie les règles de sa pratique. Cet ouvrage constitue une contribution personnelle et durable apportée à l'étude des blessures par armes de guerre.

58. Contribution à la chirurgie du rachis.
De l'intervention dans les ostéites tuberculeuses du rachis.

(In *Essais de Chirurgie médullaire* de Chipault, Paris, 1893.)

Depuis 1885, M. Delorme est intervenu directement *dix fois*, pour des *maux de Pott* de l'adulte. Grâce à une incision lombaire d'étendue suffisante, il a évidé des corps vertébraux lombo-dorsaux atteints d'ostéite, et simultanément gratté et curé des poches purulentes lombo-iliaques. Les douze observations de ses opérés, transcrites en détail, ont été fournies à M. le Dr Chipault. Elles figurent dans son remarquable ouvrage. Elles ont d'autant plus servi à cet auteur, pour l'étude de cette question, qu'on s'est jusqu'ici, en France, montré très peu partisan de ces opérations. En 1887, M. Delorme avait déjà fait soutenir sur ce sujet la Thèse de Faucillon (*De l'intervention chirurgicale dans le mal de Pott dorso-lombaire*, Paris, 1887). Dans cette thèse il donne, avec le récit de ses premières opérations, des indications sur la techniquo qu'il a suivie et qu'il conseillait; elle permet d'éviter la section des troncs nerveux qui sillonnent le champ opératoire.

DEUXIÈME SÉRIE DE COMMUNICATIONS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

59. *De l'appendicite tuberculeuse.*

(*Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, mars 1892, et *Gazette des hôpitaux*, 1892.)

Au moment où cette communication fut faite, l'appendicite tuberculeuse était considérée comme une affection rare, d'un diagnostic difficile et incertain alors même qu'il est établi rétrospectivement d'après l'examen de l'appendice excisé. M. Delorme rapporte les cas qu'il a opérés. Il fait remarquer que, contrairement à ce qu'on avait avancé, l'examen bactériologique n'est pas indispensable pour fixer le diagnostic et que les autres signes concomitants, présentés le plus souvent par les malades, nous fixent bien sur la nature de l'affection typhlo-appendiculaire.

C'est en se basant sur eux que, de longue date, et bien avant les recherches bactériologiques, les médecins arrivaient à reconnaître cette forme qui n'est pas si rare que les chirurgiens le croient. Dans un service de médecine, M. Delorme en a vu trois cas sur une vingtaine de tuberculeux.

60. *Amputation totale du membre supérieur avec l'omoplate (amputation intra-scapulo-thoracique) pour un sarcome de l'épaule.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, juin 1892.)

Les cas d'amputation intra-scapulo-thoracique se comptent en France.

Il y avait donc intérêt à présenter cet opéré dont l'histoire plaidait en faveur de cette opération.

Cette présentation donna lieu à une discussion sur la valeur de l'ablation du membre supérieur dans les sarcomes de l'épaule.

61. Cure radicale des hémorroïdes par le procédé de Whitehead.

(Même recueil, 1892.)

Le procédé préconisé par Whitehead pour la cure radicale des hémorroïdes consiste dans l'ablation de toute la muqueuse rectale hémorroïdale jusqu'au-dessus du sphincter interne. Cette opération, non décrite par nos classiques, n'avait pas été pratiquée en France lorsque M. Delorme présenta à la Société de Chirurgie ses deux malades guéris. Leur examen a permis d'atténuer la valeur des critiques qui, théoriquement, furent adressées à cette opération à la Société de Chirurgie.

Au cours de sa description, M. Delorme a fait remarquer que l'ablation pure et simple des hémorroïdes, après dissection circulaire de la muqueuse, avait été impossible, dans le cas particulier, et que c'était en raison de ces difficultés d'application qu'il avait eu recours à la méthode de Whitehead. Ce procédé de dissection de la muqueuse a été repris depuis.

La Thèse de M. Martin (Paris, 1893) renferme l'exposé de 12 observations personnelles d'ablation d'hémorroïdes par le procédé de Whitehead. Elles font ressortir les avantages de cette pratique sur les méthodes de la période pré-antiseptique.

62. Sur le phlegmon sub-lingual.

(Mémoire *in Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, juillet 1892.)

Une discussion importante soulevée au sein de la Société de chirurgie (juillet 1892) par un Rapport de M. Nélaton amena plusieurs membres de la Société à dénier toute valeur à la description que

Ludwig a consacrée aux accidents phlegmoneux du plancher buccal.

S'appuyant sur plusieurs faits personnels, M. Delorme a fait remarquer, dans son Mémoire, que si la dénomination d'angine que Ludwig a donnée à ces phlegmons laisse à désirer, si sa description est incomplète et expose à l'erreur, il n'en reste pas moins acquis qu'il existe une *variété spéciale* de phlegmon sus-hyoïdien, *sub-lingual*, et que sa symptomatologie typique, son siège et son traitement doivent lui réserver une place à part dans l'étude des phlegmons du cou.

Après en avoir retracé les caractères cliniques, il précise le siège habituel et la profondeur de l'incision qui doit donner issue au pus.

C'est au-dessous de la muqueuse de la langue que se trouve le pus; on ne l'atteint, par la voie sus-hyoïdienne, qu'après avoir traversé le *muscle mylo-hyoïdien.* En faisant une incision hâtive, en tenant bien compte du siège occupé par le pus, on peut, les faits de M. Delorme le démontrent, atténuer considérablement le pronostic de ces phlegmons dont les observations rapportées au cours de la discussion ont fait ressortir l'excessive gravité.

Ce mémoire a servi de base à celui que M. Matignon a consacré au même sujet dans les *Archives de Médecine militaire* (1894), au travail de MM. Huguet et de Bovis *in Archives générales de Médecine* (1894), et à la thèse de M. *Le Terrier* à la rédaction de laquelle M. Delorme a contribué.

63. Rupture traumatique de l'urètre, suture secondaire.

(Même recueil, 1892.)

Il s'agit d'une rupture transversale, presque totale, de l'urètre dans la région membrano-bulbeuse, constatée sur un cycliste. L'accident était déjà ancien; le périnée était infiltré de pus, le blessé fébricitant, cachectique. L'avivement et la suture de l'urètre permirent d'obtenir une réunion par première intention, sans rétrécissement consécutif.

Ces faits ne rentrent pas encore dans le cadre des interventions habituelles. Certains auteurs récents vont même juqu'à conseiller, dans ces cas, de faire une urétrotomie externe et d'abandonner la plaie à elle-même, ce qui expose l'opéré au rétrécissement consécutif.

64. Trépanation pour une variété rare de fracture par perforation du crâne produite par un projectile.

(Même recueil, 1892.)

65. Nouvel appareil de prothèse pour un amputé des quatre derniers doigts.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1893.)

Les appareils dont on munit communément les blessés qui ont subi des abrasions ou des amputations des quatre derniers doigts consistent ou dans une pièce de prothèse qui porte des doigts articulés mobiles non activement ou dans une plaque métallique, à la fois manuelle et antibrachiale, percée, au niveau de la paume, d'un orifice à travers lequel on engage les instruments qu'on désire manier. Le moignon les fixe en les pressant contre les rebords de cet orifice.

L'appareil dont M. Delorme a fourni le principe et synthétisé les dispositifs à un habile orthopédiste, M. Haran, a ses doigts mobilisés par des lacs qu'actionne le poignet dans ses mouvements d'extension et de flexion. C'est une donnée nouvelle appliquée à la prothèse de la main.

L'importance pratique de cette pièce prothétique a été démontrée par l'examen du malade que M. Delorme a présenté à la Société de Chirurgie. Cet homme avait subi l'amputation des quatre derniers doigts de chaque main pour une gangrène. Avec les appareils ordinaires dont il avait été tout d'abord muni, il ne pouvait ni aisément manger, ni porter un verre à sa bouche, ni se moucher, ni écrire; il ne pouvait ni s'habiller, ni se déshabiller, ni satisfaire aux soins de propreté les plus élémentaires. L'assistance d'une autre personne lui était constamment indispensable. Grâce à l'appareil dont il fait usage depuis plusieurs années déjà, ce secours étranger ne lui est désormais plus utile. Il mange, boit, écrit, se déshabille et s'habille avec facilité. Facteur rural, il fait ses courses en vélocipède.

66. Luxation du genou en avant et en dehors, incomplète et récidivante.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1892; *Gazette des hôpitaux*, 1892.)

Exemple d'une luxation assez rare; considérations sur son traitement.

67. Ostéome volumineux des adducteurs.

(Même recueil, 1892.)

En présentant ce malade atteint d'un ostéome du moyen adducteur de 19 centimètres de long sur 8 de large, c'est-à-dire offrant les dimensions les plus étendues qu'il puisse atteindre, M. Delorme fait quelques remarques sur la nature de la tumeur musculaire. Rappelant un fait personnel, il incline à penser que ces tumeurs dures ne sont pas toujours, exclusivement, constituées par de l'os.

68. Luxation du poignet en avant.

(Même recueil, 1893.)

Exemple d'une luxation exceptionnelle.

69. Cicatrice douloureuse consécutive à un coup de feu du cou; persistance des douleurs pendant vingt-trois ans; compression énergique de la cicatrice, disparition des douleurs.

(Même recueil, 1893.)

Cette observation résumée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* est intéressante au point de vue de la simplicité du procédé thérapeutique suivi et du persistant et remarquable succès qu'il a fourni. L'hypothèse de l'hystérie a été écartée chez ce malade.

Depuis cette présentation, M. Delorme a plusieurs fois employé le même moyen, dans des cas analogues, avec le même succès.

La guérison du malade s'est maintenue depuis deux ans.

70. Interventions chirurgicales sur le Rachis. Deux opérations de laminectomie.

(Communication à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie, 1893. In *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1893.)

Il s'agit de deux opérations des plus dignes d'intérêt.

La première a été tentée sur un malade paraplégique, paralysé de la vessie, du rectum, depuis onze mois. Une gibbosité existait dans la région dorsale, sans abcès lombaire ou thoraco-abdominal. Non seulement les modes ordinaires de traitement étaient restés sans effet, mais des contractures des membres supérieurs indiquaient la marche progressive du mal. Se basant sur le siège et l'étendue de la paralysie pour localiser la lésion, M. Delorme pratique une laminectomie comprenant les arcs postérieurs des vertèbres dorsales qui répondaient à la gibbosité et quelques arcs voisins ; il tombe exactement sur le foyer du mal, trouve la dure-mère tapissée de fongosités, les abrase, puis écartant la moelle et ses enveloppes, il pénètre dans une cavité osseuse creusée aux dépens de la face postérieure d'un corps vertébral, la désinfecte et referme la plaie qui guérit par première intention.

Le résultat immédiat de cette opération hardie fut des plus heureux. Il fut signalé par le retour rapide, partiel, de la sensibilité des membres inférieurs, de l'urètre, du rectum. Plus tardivement commença à réapparaître le mouvement des membres inférieurs, mais, chose intéressante, celui-ci revint en partie, malgré la durée déjà longue de la paralysie.

Malheureusement, au bout de quelques mois, ce blessé, un instant amélioré au point qu'on avait pu croire à une guérison définitive, succomba aux progrès des escarres de décubitus et à l'aggravation des phénomènes irritatifs médullaires observés avant l'intervention.

La deuxième observation a trait à un malade paraplégique atteint d'une *pachyméningite* à *staphylocoques* qui avait été adressé à M. Delorme par son collègue M. Antony. Une laminectomie portant sur les arcs postérieurs des 11e, 10e, 9e, 8e, 7e dorsales permit de découvrir un foyer de pachyméningite très étendu.

Cet homme, opéré dans les conditions les plus déplorables, succomba au choc traumatique quelques heures après l'opération.

C'est, comme l'ont montré les recherches de M. Chipault, le premier

exemple d'une intervention dans une *pachymeningite infectieuse*. Il nous fixa en principe, sur l'utilité de l'opération, sur l'étendue du mal dans ces cas, sur les difficultés qu'on éprouve à en atteindre les limites et sur les avantages qu'il y a à s'adresser plutôt à des excisions partielles et multiples qu'à des excisions massives. Les observations avec les dessins des interventions subies par ces malades figurent dans les *Essais de Chirurgie médullaire* de M. Chipault.

71. Note sur l'appendicite à propos de la présentation d'une pièce et d'un malade.

(Même recueil, 1893.)

72. Sur les ruptures musculaires.

(*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie* et *Gazette des hôpitaux*, décembre 1893.)

A propos de la présentation des deux malades de M. Michaux, il y avait eu confusion entre les signes des ruptures ou fausses hernies et des hernies vraies ; M. Delorme rappelle les signes des hernies vraies, contrôle les expériences de Farabeuf et de Guinard, montre que, dans certains cas de rupture, le muscle paraît normal à sa surface et qu'il faut se garder, d'après l'inspection de cette dernière, de conclure à une hernie alors que dans la profondeur peuvent exister des dépôts osseux.

Considérations sur le traitement de ces ruptures. M. Delorme n'admet l'intervention que dans les ruptures totales.

73. Note sur un cas d'ablation de la gaine ganglionnaire parotido-carotidienne.

(*Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie*, 1893.)

74. *Note sur un cas de désarticulation du genou pratiquée pour gangrène scarlatineuse.*

(Même recueil, 1894.)

Les conditions si fâcheuses dans lesquelles l'opération a été entreprise chez ce malade (gangrène, albuminurie, hecticité) plaident en faveur de cette opération. M. Delorme a, dans ce cas, utilisé le procédé en raquette antérieure qu'il a imaginé et décrit dans son mémoire cité.

75. *Observation de rupture musculaire du grand pectoral, à ses attaches sternales.*

(Même recueil, 1894.)

Exemple d'une rupture musculaire à siège rare.

76. *Sur l'inutilité et les dangers habituels de la recherche des balles de revolver logées dans le cerveau.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1894, et *Gazette des hôpitaux*, février 1894.)

La question de la recherche des balles de revolver du commerce logées dans le cerveau a été l'objet, à la Société de Chirurgie, d'une discussion longue et qui marquera sans doute dans l'étude de cette question d'un intérêt pratique journalier. M. Delorme, se basant sur des expériences cadavériques, a montré l'inutilité et les dangers habituels de cette recherche. Dans ses expériences il ne put trouver la balle, fit des fausses routes, quel que soit l'instrument explorateur employé, et il constata des déviations du projectile. Il montre l'impossibilité d'enlever tous les corps étrangers entraînés par la balle alors même qu'on aurait pu enlever cette dernière. Les fragments de vêtement, les cheveux, les esquilles nombreuses projetées excentriquement dans divers points de la masse cérébrale défient, le plus souvent, toute tentative de recherche complète. Il précise les cas dans lesquels il juge possible une exploration prudente, inoffensive.

77. *Sur le genou à ressort.*

(Mémoire *in Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 avril 1894, et *Gazette des hôpitaux*, avril 1894.)

Cette affection du genou fort curieuse et non décrite consiste dans un brusque ressaut du genou vers la fin de l'extension. Le déclanchement douloureux de l'article ne s'observe que pendant la marche. Lorsqu'on imprime au genou malade des mouvements passifs de flexion et d'extension, lorsque le malade exécute ces mêmes mouvements, lentement ou brusquement, on ne le constate plus. Cette affection a des conséquences graves au point de vue du fonctionnement du membre. La marche est incertaine, pénible, et possible seulement pendant quelques instants.

Interprétant, au point de vue pathogénique, le cas qu'il lui avait été donné d'examiner, le seul dont l'observation soit complète, M. Delorme exclut toute idée de subluxation du fémur ou des cartilages semi-lunaires. Après avoir fait ressortir les analogies symptomatiques du genou à ressort et du doigt à ressort, il attribue au premier un mécanisme semblable à celui du second. Dans le cas qu'il a eu à traiter, il se rattache, pour expliquer le ressaut, à l'idée d'un spasme fonctionnel, d'une déséquilibration des forces respectives des fléchisseurs et des extenseurs. Les fléchisseurs annihilent l'action antagoniste des extenseurs affaiblis, à un moment précis et toujours le même, du champ excussif du genou. C'est alors que la brusque reprise du mouvement d'extension produit le ressaut.

La disparition du phénomène lorsqu'on comprime la cuisse du côté malade avec une bande d'Esmarch et sa diminution lorsque, pendant la marche, on électrise le triceps, semblent affirmer la valeur de cette explication pathogénique.

Quelques considérations sur le traitement terminent cet original mémoire, qui fera date dans l'histoire du genou à ressort.

78. *Note sur une fracture du fémur par contact, par balle, à grandes esquilles; recherche rétrospective des signes de cette fracture.*

(Même recueil, 1894.)

L'observation de ce malade vient à l'appui de la classification des fractures par coup de feu qu'a établie M. Delorme. Elle montre que l'élargissement de l'os, si typique dans ce cas, et qu'on pourrait rattacher, à première vue, à un cal volumineux n'est dû qu'à un déplacement excentrique d'une grande esquille. Les saillies de cette esquille, jointes à l'élargissement osseux, permettent d'affirmer le diagnostic de *fracture à grandes esquilles.*

La déformation particulière de la balle et l'absence d'esquilles libres, primitives, servent à établir le diagnostic de *fracture par contact.*

Cette question du diagnostic, comme le fait remarquer M. Delorme, est capitale, car de lui découlent en partie les règles de la thérapeutique primitive et consécutive, de l'ablation des esquilles et des séquestres. Comme les signes de ce diagnostic qu'a indiqués M. Delorme sont peu connus et mis en doute par certains, le contrôle apporté dans ce cas par l'examen des membres de la Société de Chirurgie donne un réel intérêt à cette observation.

79. *Cure radicale de cystocèle inguinale avec épiplocèle.*

(Même recueil, 1894.)

Dans une première série de cent cures radicales de hernies inguinales M. Delorme a trouvé un cas de cystocèle inguinale. La résection du diverticule vésical a amené la guérison de l'opéré par première intention. Ces cas ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il n'y ait plus d'intérêt à en publier les observations.

80. *Sur la bilharzia hæmatobia.*

(Rapport à propos d'un cas de M. Cahier, même recueil, 1894.)

81. Sur une dilatation de la veine jugulaire.

(Rapport à propos d'un cas de M. Mignon, même recueil, 1894)

82. Contribution à la chirurgie de la poitrine ; nouveau traitement des empyèmes : décortication du poumon.

(Communication à l'Académie de Médecine, 23 janvier 1894, publiée in *Gazette des hôpitaux*, 25 janvier, et *Mercredi médical*, 24 janvier 1894.)

Cette méthode nouvelle et personnelle de traitement des empyèmes dont la pleurotomie n'a pu assurer la guérison, consiste dans l'ouverture d'un large volet thoracique et la séparation de la fausse membrane qui encapsule et emprisonne le poumon.

Imaginée en 1892 (pli cacheté à l'Académie, juin 1892), elle a été préconisée au Congrès de Chirurgie de 1893 et appliquée sur le vivant avec un succès immédiat, remarquable, le 20 janvier 1894.

M. Delorme l'oppose à l'opération de Letiévant-Estlander sur laquelle elle présente l'avantage de combler la cavité suppurante tout en rétablissant le fonctionnement du poumon.

Au cours de son opération, M. Delorme a constaté un fait physiologique intéressant, en désaccord avec les assertions des classiques, à savoir : la hernie de tout un poumon malgré l'ouverture large du thorax.

Cette opération marque une belle étape dans l'histoire des opérations audacieuses, brillantes et bienfaisantes que la chirurgie antiseptique a autorisées sur le thorax. Elle a été répétée en Amérique avec un plein succès.

83. Contribution à la chirurgie de la poitrine.

(Mémoire adressé à l'Académie pour le prix Laborie, 1894.)

Dans ce mémoire, l'auteur fait ressortir les indications de son procédé général d'ouverture du thorax (volet thoracique), il décrit et préconise son traitement de l'empyème chronique par la décortication du poumon

et propose d'opposer au traitement des hémorragies cardio-pulmonaires et du pneumo-thorax médical et traumatique une intervention directe.

Il ne nous est pas permis de nous étendre davantage sur ce mémoire inédit qui, aux documents précédents, ajoute de nouveaux renseignements.

84. Sur une première série de cinquante cures radicales de hernie.

(Mémoire *in Archives de Médecine militaire*, 1894.)

Considérations générales sur la valeur de la cure radicale des hernies, ses procédés et leur application dans l'armée, enfin sur les modifications légales qu'elle impose.

Résumé des observations, en particulier des cas d'ectopie testiculaire, de cystocèle, de hernie du gros intestin.... Sur ses 50 opérés, M. Delorme compte 50 succès.

85. Sur les effets de la constipation provoquée et de l'alimentation concomitante des opérés.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, mai 1894.)

Se basant sur l'observation de 200 malades qu'il avait opérés dans la sphère abdomino-génito-crurale et chez lesquels il avait impunément provoqué des constipations de 8, 10, 12, 15 jours, M. Delorme avance que la constipation produite par l'opium n'a pas, contrairement à des assertions nombreuses et opposées, d'action sur la température, qu'elle n'entraîne pas de troubles gastro-intestinaux, en particulier de perte d'appétit. Elle ne saurait donc, quant à ses effets, être comparée à la constipation spontanée, d'ordre médical, et l'on aurait tort, en l'accusant de conséquences graves, de se priver des avantages qu'elle offre dans le traitement radical des hémorroïdes, de la fistule anale, des blessures de l'intestin, du prolapsus rectal, de la cure radicale des hernies, etc., bref dans le traitement de maintes affections de la sphère abdomino-génito-crurale.

86. Observation de restauration d'un nez affaissé.
(Procédé de Martin, de Lyon.)

(Mémoire académique du professeur Chauvel, 1894.)

87. Observations d'interventions chez les tuberculeux.

(In *Traitement de la tuberculose par la créosote*, par le docteur Burlureaux, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Paris, 1893.)

88. Collection de 800 pièces de fractures produites par les balles.

Cette collection, la plus importante qui existe, a servi, en grande partie, à M. Delorme à déterminer les types des fractures diaphysaires et articulaires. Elle figure au Musée du Val-de-Grâce où un emplacement spécial lui a été réservé.

THÈSES INSPIRÉES OU DOCUMENTÉES PAR LE Dr DELORME

TOUSSAINT : Des anévrismes de la pédieuse. Paris, 1877.

(Cette thèse a été faite d'après les observations de M. Delorme et ses documents réunis pour l'article Pied du Dictionnaire de Jaccoud.)

DUPRÉ : Du traitement des hémohydarthroses du genou par l'immobilisation et la compression. Paris, 1883-84.

DURIEZ : De la valeur de la désarticulation du genou. Paris, 1885-86.

PROVENDIER : De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie. Paris, 1887-88.

ECOT : Ganglions tuberculeux du cou, leur ablation. Paris, 1885-86.

COURCENET : Complications osseuses de la fièvre typhoïde. Paris, 1885-86.

FUZEROT : Arthrotomie dans les arthrites fongueuses du genou et du coude. Paris, 1886-87.

FOY : Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression localisée, forcée, à l'aide de l'ouate. Paris, 1886-87.

FAUCILLON : De l'intervention chirurgicale dans le mal de Pott dorso-lombaire. Paris, 1886-87.

APARD : Opération d'Estlander dans les pleurésies suppurées totales. Paris, 1886-87.

CHEVASSU-PERIGNY : Résection du poignet. Paris, 1887.

CHABROL : De l'angine de Ludwig. Paris, 1887.

BENOIT : Examen médico-légal des balles déformées dans les tissus. Lyon, 1888-89.

DEVILLERS : De quelques entorses rares. Paris, 1889.

(Thèse presque dictée par M. Delorme et établie d'après ses observations personnelles.)

AUSTRIC : Fractures expérimentales de l'épicondyle chez l'enfant et chez l'adulte, suivies de quelques considérations nouvelles. Paris, 1889-90.

WAVELET : De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer dans le traitement des épanchements articulaires. Paris, 1890.

LETERRIER : Du phlegmon sublingual dit angine de Ludwig. Paris, 1893.

MARTIN : Cure radicale des hémorroïdes par le procédé de Whitehead-Delorme. Paris, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

Travaux scientifiques.

Première série de communications à la Société de Chirurgie.

Traité de chirurgie de guerre.

Deuxième série de communications à la Société de Chirurgie.

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard.